TÉZE

FACULDADE DE MEDICINA DA BAÍA

TÉZE

APREZENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAÍA

EM 31 DE OUTUBRO DE 1912

Para ser defendida por

Arsenio L. Tavares da Silva

Ex-auxiliar-academico do Serviço Medico-Legal no «Instituto Nina Rodrigues»

Natural do Estado da Paraíba,
Filho lejitimo do Dezembargador Manoel Maria Tavares da Silva (falecido) e D. Francisca de Araujo Tavares da Silva

DISSERTAÇÃO

(Cadeira de clinica cirurjica)

Sobre a hidronefroze

PROPOZIÇÕES

Trez sobre cada uma das cadeiras do curso de ciencias medico-cirurjicas

BAÍA

GRANDE ESTAB. GRAFICO G. ROBATTO

98—Rua das Grades de Ferro—98

1912

FACULDADE DE MEDICINA DA BAÍA

DIRETOR—Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA
SECRETARIO—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

OS DRS.:	CADEIRAS:
Manoel Augusto Pirajà da Silva . .	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa	Fizica medica
Francisco da Luz Carrascosa . . .	Quimica medica
Julio Sergio Palma.	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos	» discritiva
Pedro Luiz Celestino	Fiziolojia
Augusto Cezar Vianna	Microbiolojia
Antonio Victorio de Araujo Falcão. .	Farmacolojia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e histolojia patolojicas
Fortunato Augusto da Silva Junior. .	» medico cirurjica, operações e aparelhos
Anisio Circundes de Carvalho. . . .	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira	» »
João Americo Garcez Fróes.	» »
Antonio Pacheco Mendes	» cirurjica
Braz Hermenegildo do Amaral . . .	» »
Carlos Freitas	» »
Clodoaldo de Andrade	» oftalmolojica
Eduardo Rodrigues de Moraes . . .	» oto-rino-laringolojica
Alexandre E. de Castro Cerqueira . .	» dermatolojica e sifiligrafica
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão. . .	Patolojia geral
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Terapeutica
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hijiéne infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães . . .	Clinica pediatrica cirurgica e ortopedia
Luiz Anselmo da Fonseca	Hijiéne
Josino Correia Cotias.	Medicina legal e toxicolojia
Climerio Cardoso de Oliveira. . . .	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza	» ginecolojica
Luiz Pinto de Carvalho.	» psiquiatrica e de molestias nervozas
Aurelio Rodrigues Vianna	Patolojia medica
Antonino Baptista dos Anjos	» cirurjica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

OS DRS.:	CADEIRAS:
Egas Muniz Barretto de Aragão . .	Historia natural medica
João Martins da Silva	Fizica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	» discritiva
Joaquim Climerio Dantas Bião . . .	Fiziolojia
Augusto do Couto Maia	Microbiolojia
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia medico cirurjica e operações e aparelhos
Clementino da Rocha Fraga Junior . .	Clinica medica
Caio Octavio Ferreira de Moura . . .	» cirurjica
Albino Arthur da Silva Leitão. . . .	» dermatolojica e sifiligrafica
Antonio do Prado Valladares . . .	Patolojia geral
Frederico de Castro Rebello Koch . .	Terapeutica
José de Aguiar Costa Pinto	Hijiéne
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal e toxicolojia
Menandro dos Reis Meirelles Filho .	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal . . .	» psiquiatrica e de molestias nervozas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz . .	Quimica analitica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

OS DRS.:

Sebastião Cardoso	Deocleciano Ramos
João Evangelista de Castro Cerqueira	José Rodrigues da Costa Doria

A Faculdade não aprova nem reprova as opiniões emitidas nas tézes que lhe são apresentadas.

PREFACIO

. . . dou a lei tudo o que posso,
quão feliz que sou por isso!
(DIOGENES SAMPAIO.)

Data dos primeiros anos da nossa vida academica, a dedicação com que nos damos ao estudo de cirurjia.

O carinho e fidalgo acolhimento que nos dispensou o nosso mestre e notavel cirurjião DR. ALFREDO COSTA, a quem intimamente agradecemos o muito que fez pela nossa educação nesta clinica, já permitindo-nos a frequencia diaria á sua enfermaria do HOSPITAL PEDRO II no RECIFE, desde o nosso segundo ano, já fazendo-nos auxiliar de muitas de suas operações, aumentaram a nossa pendencia e estimulo na pratica desta parte da MEDICINA.

Obrigados a aprezentar uma téze, agora que pretendemos o grau de doutor, preferimos faze-la sobre um ponto filiado a esta especialidade.

Lê-se em o nosso trabalho, de quaze nem um valor, um apanhado geral do que falam os uropatolojistas mais notaveis, sobre a HIDRONEFROZE, retenção renal das mais importantes, por isso que traz ao organismo gravissimas perturbações.

***

Deixamos aqui firmada a nossa gratidão de sempre, ao caro mestre e amigo de coração DR. OSCAR FREIRE DE CARVALHO, jovem e ilustrado professor desta Faculdade e digno diretor do INSTITUTO MEDICO-LEGAL «NINA RODRIGUES» de onde fomos auxiliar-academico, mercê de sua expontania e honroza indicação.

Arsenio.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURJICA

SOBRE A HIDRONEFROZE

I

VEIU de RAYER o nome—*hidronefroze*—para dezignar uma afeção dos rins, de ha muito conhecida e caracterizada pela distenção dos calices e bacinêtes renais, consequencia da retenção da urina, á cuja decida se opõe a impermeabilidade completa ou incompleta do canal *nefro-uretero-uretral.*

Em começo de estudos sobre esta molestia propuzeram-lhe o nome de *uronefroze;* hoje entretanto é geralmente conhecida pela primeira denominação, atendendo-se á que, a urina estagnada nos rins, sofre profunda modificação na sua compozição quimica, de modo a lembrar perfeitamente a agua.

No capitulo da etiolojia desta sindrome vemos as hidronefrozes divididas em dois grandes grupos: *conjenitas* e *adquiridas.* Os desvios da constituição embriolojica do sístema urinario ou o atrazo no seu dezenvolvimento (*auzencia, obliteração, estenoze da uretra*

ou ureterio, embocaduras anormaes deste) formam a variedade das hidronefrozes conjenitas; uni ou bilate rais, os seus efeitos serão precoces ou tardios, durante a vida intra-uterina ou, em época variavel apoz o nacimento.

A obstetricia conhece uma especie de distocia, criada pelo primeiro cazo.

A hidronefroze é para o PROF. LAVAUX uma obstrução aseptica do ureterio, enquanto que a *pionefroze* que lhe é muita vez a consequencia, corre por conta da obliteração septica daquele canal. Em contrario á esta opinião afirma o PROF. LE DENTU que nunca conseguiu com a ligadura brusca e total do ureterio de cães e coelhos, esta retenção hidrorenal; do que CONHEIM conclue que só a obstrução parcial, lenta e progressiva do ureterio é cauza da dilatação piélica e esta sua concluzão repouzava na seguinte prova experimental: ele ligou levemente o ureterio de cães e cobaias com um delgado fio fenicado e esta lijeira atrezia do ureterio, já pela pouca constrição do fio, já pela imflamação que determinou, conseguiu produzir hidronefrozes.

De qualquer modo, é sabido que a hidronefroze começa pela gradual distenção do bacinête, ligada á obstrução incompleta do ureterio e á dificuldade ao encaminhamento da urina e só em cazo de retenção permanente ou tranzitoria deste liquido no rim, é que se instala a hidronefroze; isto vem á se excluir o diagnostico de hidronefrozes para as dilatações geraes ou parciaes da *piélite calculoza simples,* neste cazo á incizão do bacinête não verifica-se liquido nem um, a menos

que raramente se encontre pequena porção de exudato sero-sanguineo.

Para explicar a orijem das hidronefrozes adquiridas encontramos cauzas multiplas que conseguem a impermeabilização completa ou incompleta, definitiva ou passajeira do ureterio.

O encravamento temporario ou demorado de um calculo no interior deste canal, é muita vez cauza de hidronefroze; em 22 cazos de observação de ROBERTS, 11 tinham esta orijem; em 18 exemplos de SIMON, 7 eram devidos á esta obstrução calculoza.

Sabe-se que o calculo não aje no ureterio unicamente impedindo a franca passagem da urina; a sua prezença neste conduto forrado de epitelio muito delicado, atúa como corpo extranho que é, determinando uma inflamação que pode chegar á ulceração, passivel de cicatrizar com estreitamento de suas paredes.

E só neste mecanismo se vê explicado o fato de se encontrar na bexiga um calculo e no ureterio um estreitamento que foi orijem de hidronefroze.

A' semelhança da bexiga que lute com fortes contrações para propelir a urina, atravéz de um obstaculo prostatico qualquer e vencendo ás primeiras tentativas a barreira do colo, livre-se de quaze todo o liquido que tem acumulado, porém que em seguida, sofrendo em sua rezistencia maior quantidade fique no seu interior (*faze de dilatação*) chegando pela pouca tonicidade de suas paredes a distende-las (*faze de distenção*), assim o bacinête depois da obstrução do ureterio tende a se dilatar

sem sofrer distenção; desde que esta começe, embora tranzitoria, está constituida a *hidronefroze.*

Em suma, é esta molestia constituida por uma empôla e um liquido retido; quando a empôla só, existe, temos somente a *dilatação péilica simples;* a distenção do saco pelo liquido é caracter necessario, indispensavel da *hidronefroze.*

A *hidronefroze*, não é só produzida por obliteração calculoza do ureterio; tudo capaz de impedir o escoamento da urina para a bexiga e deste rezervatorio para o exterior pela uretra, pode ocazionar esta retenção urinoza do rim.

E' notavel que os obstaculos situados para diante da bexiga, capazes de produzir hidronefrozes, entram em muito pequena cifra nos quadros de observações dos especialistas.

Sinão, vejamos:

Em 142 casos de *hidronefrozes adquiridas*, publicadas por MORRIS, 3 sómente tinham orijem na hipertrofia da prostata e 3 eram atribuidos á estreitamentos da uretra.

O prof. LE DENTU fala de um só cazo de *hidronefroze dupla*, consecutiva á um infranquiavel estreitamento uretral.

Os *traumatismos* nas rejiões lombares ou delas afastados são frequentes cauzas ocazionaes da hidronefroze.

Na produção das hidronefrozes os traumatismos ajem de diferentes modos, variando em tempo a aparição dos sintomas desta retenção, o que levou a se clas-

sificar as *hidronefrozes traumaticas* em dois grupos: *tardias* e *precoces*.

Tardias—quando o traumatismo desloca o rim que mais tarde será séde da lezão ou quando o ureterio é rôto parcialmente com o choque, de onde rezulta um estreitamento traumatico e como consequencia uma hidronefroze.

NATHARATH tem observações de 4 mezes apoz um traumatismo, CORLIES, 2 anos depois e PYE-SIMTH conta um cazo, em que verificou a *hidronefroze*, oito anos, apoz uma queda de que fôra vitima um seu doente.

Precoces—quando sobrevêm quazi ao mesmo tempo que o acidente.

Digamos de passajem que os traumas podem orijinar *pseudo-hidronefrozes*, derramamentos uro-hematicos que se dão atravéz de uma rutura do rim, cujos sinais clinicos se confundem com os da verdadeira *hidronefroze*. O processo anatomo-patolojico é diverso: o tumor aparece imediatamente apoz o traumatismo, formando um grosso empastamento no flanco e muito sensivel á pressão.

A' incizão percebe-se uma cavidade cheia de um liquido uro-hemorrajico em quantidade variavel; a loja renal em muitos cazos, é toda invadida.

O exame cuidadozo deste orgão revela uma solução de continuidade do bacinête ou de um calice, sem o qual não se dariam estes derramens perirenaes.

E' sabido das experiencias de TUFFIER e da confirmação de todos os observadores que as feridas do pa-

renquima renal não motivam este extravazamento uro-hematico.

Ao lado destas *pseudo-hidronefrozes* encontramos as verdadeiras *hidronefrozes traumaticas precoces*, para as quais se impõe precizo diagnostico diferencial.

Alguns autores ainda hoje, contestam esta variedade de hidronefroze, acreditando que esta já existia, velha, latente e o traumatismo foi a pedra de toque para o seu diagnostico, evidenciando-lhe os sintomas; DUVAL e GREGOIRE são desta teoria de simples coincidencia.

Depois das observações de FERRON aprezentadas á SOCIEDADE DE CIRURJIA DE PARIS, tudo nos leva a acreditar que o traumatismo por si só pode ocazionar a hidronefroze, por mecanismos diversos, que não repugna, aceita-los: um coagulo formado pela rutura de um pequeno capilar do rim, apoz o traumatismo, pode arrolhar completamente ou incompletamente o ureterio; o traumatismo determina um derramamento sanguineo perirenal ou periureteral que não é logo absorvido e da sua organização posterior, pode sobrevir um tecido de néo-formação que constrinjindo o ureterio dê lugar á hidronefroze.

Como o PROF. DELBET cremos que por qualquer destes meios é procedente a hidronefroze.

A *compressão do ureterio* entra em grande escala na etiolojia da hidronefroze, as estatisticas de MORRIS mostram-nos esta cauza para 118 cazos e em quaze a sua totalidade, é o cancro do utero o ajente compressor.

Os exutados peritoniticos, um quisto do ovario ou qualquer outro tumor das viceras abdominais, podem

levar o grau de sua compressão ureteral, á ponto de produzir uma hidronefroze.

A *gravidez* é muita vez, cauza de hidronefroze; o utero grandemente aumentado de volume pode comprometer o ureterio, principalmente o direito.

CROUVELLIER notou em autopsias de mulheres que sucumbiam em adiantado grau de gestação, a dilatação piélica em ponto variavel de dezenvolvimento.

Tem-se atribuido ás modificações de pozição do utero, principalmente apoz os partos, a compressão dos ureterios que motive hidronefrozes.

As *latero-flexões*, as *retro-flexões* e o *prolapsus* deste orgão são as pozições mais comuns de vêr-se, na compressão ureteral.

Uma variedade de hidronefroze muito interessante é a atribuida á mudança de pozição do ureterio a hidronefroze do *rim movel*, que mereceu acurado estudo de TERRIER e BAUDOUIN.

Conhecemos de perto a dispozição anatomica da embocadura do ureterio no bacinête: o seu eixo lonjitudinal forma com o eixo do hilo do rim um angulo muito obtuzo, de quaze 100°; nos cazos em que o rim sae de sua loja (*nefroptozis*) descrevendo em volta de seu hilo uma curva de concavidade interna, arrasta a mudança de pozição e relações do ureterio, que fica em *cotuvelo* ou torcido sobre si mesmo.

A curvatura ureteral primitiva que rezulta desta mobilização do rim, não é fixa e para que esta seja obliterante se faz necessario a sua fixidez.

Ora, é uma bride celuloza cicatricial pue prende o ureterio nesta pozição viciada, fixando-o, de onde pode vir uma hidronefroze, ora, é uma inflamação que ao nivel da curvatura, dá lugar a um estreitamento e o obstaculo está constituido.

Ha curvaturas ureterais *temporarias* que ulteriormente tornam-se *definitivas*, de onde em clinica a observação de hidronefrozes *intermitentes, abertas,* passarem á hidronefrozes definitivamente *fechadas*.

Nos cazos de torsão ureteral não ha, sabemos, estreitamento das paredes do ureterio, dá-se unicamente a diminuição da luz deste canal; são muito convincentes as observações, de ALBARRAN, que conseguiu passar sondas em todo o percurso deste conduto, depois de voltado a sua pozição normal.

O *rim movel* é uma afeção muito comum nos individuos de meia idade, raramente se vêm observações desta natureza em crianças ou velhos.

HAHN achou em 50 crianças de ambos os sexos, de dois a nove anos, uma só observação de rim movel, cujo portador tinha um *pied-bot*.

LARRABÉE só uma vez viu um velho de setenta anos com um rim movel.

Autores como FRITZ, BAZY, DUVAL e GREGOIRE, negam ao rim movel a ação patojenica da hidronefroze e quando ha concumitancia destas duas lezões, acreditam que a mobilidade do rim, é posterior e efeito da hidronefroze.

As observações de MICHON, PASTEAU e LEGUEU

neste sentido, são muito significativas; e demais basta a *nefropexia* de um *rim movel* onde começe a hidronefroze, para evitar o seu progresso.

A *hipertenção da bexiga* é frequente e banal orijem de hidronefrose; é muitas vezes o cancro da prostata que se opõe á micção aumentando a pressão intravezical: as hidronefrozes daí derivadas, em geral se complicam de infeção se transformando em uma *piélonefrite com dilatação.*

II

A *hidronefroze*, já o dissemos, pode ser *geral* ou *parcial*, esta ultima forma é rara; FENGER, LABADIE-LAGRAVE citam cazos nos quais a retenção urinoza se processou unicamente no segmento superior do rim, havendo só a distenção de um calice que tinha o seu orificio obliterado; em geral esta dilatação corre por conta de um processo inflamatorio qualquer, na aria dos calices.

A hidronefroze, geral é *lateral* ou *bilateral*; na primeira hipotéze é do lado esquerdo que ela aparece de preferencia.

Os especialiatas aos quais isto dispertou interesse não sabem ainda a razão de ser desta particularidade da hidronefroze geral, o tumor é de ordinario muito mais consideravel que na forma parcial; como exemplo da primeira forma de hidronefroze, BONET fala de um cazo em que este tumor atinjiu em um recemnacido o

volume da cabeça de um adulto, FRANK tem no seu quadro de observações uma, em que o tumor hidronefrotico enchia de completo a cavidade abdominal.

Em quaze a totalidade das hidronefrozes gerais a dilatação abranje os calices, o bacinête e o ureterio em extenção variavel, mercê do ponto em que se assestou o obstaculo ao decer da urina.

LECORCHÉ em repetidos exames sobre sacos hidronefroticos de epocas variadas, notou que o aspeto do tumor muda conforme o seu grau de evolução.

No começo o rim parece mais volumozo e aprezenta na sua cizura um entumecimento, devido a dilatação inicial do bacinête, a superficie daquele orgam até então liza, torna-se irregular, mostrando pequenas saliencias *mamiliformes*, esbranquiçadas correspondentes aos *cul-de-sacs* dos calices dilatados.

Na sua evolução essas saliencias aumentam, progride a sua coloração esbranquiçada que se vai alastrando de modo a limitar pequenas ilhotas de tecido renal avermelhado, que ainda está intacto.

Tardiamente essas saliencias se confundem, soldam-se fazendo dezaparecer as manchas de tecido renal são, que agora foram por inteiro atinjidas; todo o tumor é esbranquiçado, a este tempo.

Chegada a este grau, a hidronefroze é caracterizada por um tumor simples ou duplo situada de um ou de ambos os lados do raque, de relação e limites variaveis com as suas proporções.

A sua forma varía com o grau de comprometimento do ureterio, quando este entra em parte de sua

extenção, na contextura da empôla, o tumor tem o aspéto *piriforme*, aprezenta a forma de uma *bexiga achatada* quando o obstaculo assestado no orificio piélico do ureterio, põe-no á salvo da lezão.

De ordinario, o tumor é palpavel entre a decima costela e a crista iliaca, em exemplos varios a que se referem FRANK e RAYER o baço e o figado são fortemente comprimidos e a respiração muito dificultada.

E' curioso que os *capsulas supra-renais* que cavalgam estes tumores não aprezentem na hidronefroze alterações notaveis.

As paredes da empôla chegada a adiantado grau de dezenvolvimento, são delgadas e semeadas de numerozos pontos transparentes.

Quando o ureterio participa da distenção aprezenta-se de calibre muito aumentado, semelhando o intestino delgado.

No começo a distenção passa-se unicamente no bacinête; os calices estão intactos até que, aumentando a pressão intra-piélica o tecido renal é comprimido á ponto de dias apoz, aprezentar-se da espessura delgada, de *casca* para o tumor.

SIMON, estudou os afastamentos e compressões sucessivas que o dezenvolvimento da hidronefroze imprime as viceras abdominais.

As relações do tumor variam com o seu volume e com a sua cauza produtôra; na hidronefroze consecutiva ao *rim movel* o tumor se dezenvolve abaixo das costelas e mantem contacto quaze direto com a parede

abdominal anterior, a sua localização é mais abdominal que lombar, neste cazo.

Ordinariamente a empôla hidronefrotica aprezenta desde começo até o fim de sua evolução, uma larga superficie de contacto com a parede lombar e uma porção mais ou menos consideravel do tumor se deita sobre a parede toracica posterior, sendo que a esquerda este aconchegamento ás costelas é mais intimo.

O conhecimento perfeito das relações que mantem o tumor com as viceras e paredes abdominais, tem relativa importancia para as intervenções cirurjicas a que obrigam as hidronefrozes.

Um grande saco hidronefrotico recalca os orgams vizinhos e contrai relações diferentes a esquerda e a direita.

Do lado *esquerdo* ele relaciona-se para cima e para dentro com o baço do qual o peritoneu o separa, para dentro está em relação quaze direta com a aorta e para fóra tem contacto com o colon.

O tumor do lado *direito* se acha em relação para cima, com figado e o diafragma; para traz, com a parede posterior do abdomen da qual é separado pela camada gurduroza perirenal, muito delgada nestes cazos. Para diante o peritoneu adere intimamente a parede do tumor de modo a ser dificilmente destacavel. Na porção inferior desta parede, mais proximo da sua face interna, se acha o angulo formado pelo colon acendente que termina e o colon transverso que começa; para dentro o tumor corresponde aos grossos vazos prevertebrais,

principalmente a veia cava a qual muitas vezes, se solda muito íntimamente de onde rezulta muitos inconvinientes nas intervenções cirurjicas de que nos ocuparemos, folhas adiante.

Quando o tumor é esquerdo o angulo formado pelo colon transverso e decendente se acha quaze ao nivel da sua extremidade superior e mais proximo do seu bordo externo.

Os vazos sanguineos aprezentam particularidades muito notaveis em certas hidronefrozes.

Quando a empôla adquiriu dimensões consideraveis diz GOSSET, os orgams do hilo ao envez de penetrarem em um pediculo unico, intimamente unidos, se afastam uns dos outros, obrigando a que os cirurjiões pratiquem ligaduras varias a este nivel quando pretendam a nefrectomia, apanhando cada um dos vazos, espalhados que eles estejam.

ALBARRAN diz que houve um cazo em que fôra obrigado a fazer trez ligaduras, é importante a observação que fez este professor. Os ramos da arteria renal aprezentam na hidronefroze as suas paredes muito espessadas e consequente diminuição de calibre, a endarterite, mais ou menos obliterante estende-se aos capilares intrarenais, de onde a pequena voscularização dos septos interiores da empôla.

Geralmente as relações que o tumor mantem com as viceras abdominais, são de simples continuidade, não é raro de vêr-se entretanto que entre estas e aquele se formem brides intersticiais de tecido cicatricial de não facil afastamento.

De detidos exames sobre as modificações que sofrem os vazos renais na hidronefroze, chegaram ALBARRAN e seus dicipulos a concluzão de que em muitos cazos aparecem *ramos arteriais anormais* que formam brides, imprimindo curvaturas ao ureterio, quando o pezo do liquido ou a mobilidade do rim obrigam o abaixamento deste orgam.

Estas arteriolas têm muita vez, sob sua dependencia a irrigação de zonas do rim mais ou menos extensas e é perigo corta-las, desde que se saiba, graças as experiencias de COHNHEIM, que as arterias do rim são terminais e não se anastomozam entre si.

Alguem que por descuido ou ignorancia desta particularidade, secionar estas arterias que formam brides, corre o risco de produzir a mortifição de uma parte do rim; assim é, que em um cazo de HELFERICH, a seção de um vazo que cruzava o ureterio, em angulo réto, ocazionou oito dias apoz, a *necroze* parcial do rim (*pólo inferior*) obrigando-o a fazer uma nefrectomia secundaria.

Em frente que estivermos de cazos desta natureza, é de bom avizo evitarmos a seção dos vazos, livrando com habilidade o úreterio de suas curvaturas.

Quando abre-se uma empôla de hidronefroze percebe-se á primeira vista a sua conformação interior; conforme a idade da hidronefroze variam o seu aspéto, coloração e consistencia.

Quando a retenção renal é pouco dezenvolvida, a maior parte da empôla é formada pelo bacinête que comunica com os calices distensos, no fundo dos quais descobre-se as piramides achatadas. Com o progredir

do processo anatomo-patolojico a substancia renal se vai atrofiando e em obediencia a lei da gravidade, o processo atrofico que está ligado a pressão forte da coluna liquida, começa a manifestar-se no pólo inferior do rim para subir progressivamente.

De comum, vê-se á abertura da hidronefroze, o pólo superior ao rim intacto.

Daí se conclue que nem sempre todo o rim é atrofiado, ha cazos em que o parenquima renal é quaze intacto e conserva ainda sua atividade de secreção, contrastando com um dezenvolvimento consideravel da empôla.

Em alguns cazos, entretanto, só a presença de resquicios de substancia medular e glomerulos permite a afirmação da existencia desta glandula que dezapareceu.

Mais interessante: no féto, só o normal dezenvolvimento dos vazos em disproporção com o pouco de substancia renal que se pode distinguir no saco hidronefrotico, convence da prezença do rim, anterior a aparição do tumor.

O exame histolojico, escreve o PROF. LE DENTU, revela-nos detritos do rim, lezões de nefrite intersticial (*cirroze periglomerular e peritubular);* pasmem com a leitura desta observação de mestre, quantos acreditam que um grau avançado de escleroze, se opõe á dilatação desta vicera.

A membrana que reveste a superficie interna da empôla, mucoza dos calices e bacinête tem o seu aspéto variavel com a idade e o grau de distenção dessas cavi-

dades; ela perde pouco á pouco a sua coloração normal tomando uma nuance esbranquiçada, nacarada, que a aproxima bem das serozas, sofre profunda esquemia e a sua vascularização dezaparece.

E' sem proveito que se procura nas paredes desse tumor elementos que entrem na constituição normal dos calices e bacinête; a exemplo do que se dá com a camada mucoza, a folha musculoza perde seus caractéres fiziolojicos sob a influencia da distenção a que é obrigada, as fibras musculares sofrem dejeneração gurduroza e tendem a dezaparecer.

Muitas vezes o dezenvolvimento do saco hidronefrotico se faz muito regular e a configuração interna do tumor é trilocular, dependente do bacinête e dos seus dois ramos principais de divizão.

Todavia a forma de vasta empôla percorrida de pequenas lojas *antigos calices*, separados por septos delgados, resquicios das *colunas de Bertin.*

A composição do liquido retido no bacinete e nos calices varía com o grau de evolução da hidronefroze.

RAYER, que se deu ao estudo da constituição quimica deste liquido de retenção, acredita que só a uréa em dados cazos, diagnostica a sua natureza renal e bazeado unicamente nesta particularidade ele, se adiantava a dizer com segurança da orijem do tumor em questão.

Sabe-se hoje entretanto que a uréa pode faltar completamente e o liquido fica reduzido a agua, clorureto de sodio e algumas celulas epiteliais.

Quando o parenquima renal tem ainda intacta a sua

função secretoria e a obstrução do urétorio não é total, todos os autores são acordes em reconhecer que o liquido da hidronefroze é a *urina normal* ou pouco modificada na sua tára quimica.

Desde que a obliteração uretral sela impermeavel e o parenquima renal comece a atrofiar-se, o liquido da empôla entra a sofrer intimas modificações.

Na hidronefroze muito antiga, o conteúdo do tumor adquire caractéres dos liquidos dos quistos de retenção: traços de sais alcalinos ou terrozos, albumina em percentajem variavel, globulos sanguineos, tal é a sua compozição.

LECORCHÉ acredita que o liquido da hidronefroze passa por trez fazes, refletindo o estado do rim e mucozas das cavidades dilatadas; no começo ele em nada difere da urina, aumentada de um pouco de albumina, mais tarde torna-se gelatinozo e anegrado para finalmente em um terceiro periodo aprezentar uma consistencia semelhante a da agua ou serum do sangue.

Pesquizemos o mecanismo destas modificações, que sofre o liquido hidronefrotico.

De começo o seu aspeto e consistencia são os da urina e a sua riqueza em albumina vem, é de crêr-se, de uma nefrite parenquimatoza ligada ao aumento de pressão do liquido.

Fica deste modo alterada a secreção renal.

E' corriqueiro principio de fiziologia normal o conhecimento de que para uma normal eliminação de uma glandula, se faz precizo que os fenomenos diale-

ticos não sejam modificados e que a tensão arterial conserve-se normal.

Muito o contrario disto se vê na hidronefroze: a formação da urina cessa de se proceder.

No tumor como em outro qualquer orgam continuam os fenomenos vitais exteriorizados por correntes osmoticas e endosmoticas, que se estabelecem entre o liquido retido e o sangue que corre nos capilares de suas paredes.

Graças a ação destas correntes os elementos da urina dezaparecem progressivamente e a uréa pouco dializavel que é, fica quaze sempre de mistura ao liquido.

Pára a chegada de urina ao saco e o liquido muda de caracteres.

E' de crêr-se que sobre a influencia da distenção da empôla sobrevem uma hipersecreção da mucoza e chega o tempo, em que a pressão a que é submetida a membrana, torna-a incompativel com os fenomenos vitais que ahi se passavam.

A atrofia do saco motiva muitas vezes a rutura de vazos de suas paredes, de onde corre sangue que empresta ao liquido gelatinozo da hidronefroze velha, uma coloração amarelo-anegrada.

Paralelamente a atrofia da mucoza o liquido perde o seu aspéto mucilajinozo, fica menos denso, torna-se serozo, significando um novo estado anatomico da membrana, que de mucoza que era, adquire verdadeiros caractéres de seroza.

Percebe-se muitas vezes, no fundo dos sacos hidronefroticos, colesterina e corpos extranhos de diversas naturezas, graças aos quais frequentemente se orijinam as hidronefrozes.

GUYON cita uma observação muito curioza de uma grande hidronefroze, onde foi encontrada pequena porção de liquido e muitos *gazes* que distendiam a empôla, produtos de fermentação da urina estagnada.

STRAUS e GERMONT fazem o estudo das lezões histolojicas das hidronefrozes em dois tempos: faze de *ectazia* e de *atrofia*.

A primeira faze é limitada a dilatação dos condutos uriniferos, seguida do achatamento do seu epitelio de revestimento, do glomerulo e tubo coletor; esta dilatação começa pelos *tubos contornados* e a este nivel aprezenta o seu maximo de intensidade.

A este tempo esses tubos ficam forrados de uma camada de celulas achatadas e são tão alargados em calibre, que o corte do rim doente deixa perceber uma serie de vaculos.

As alterações dos tubos rétos são de identica natureza, mais tardias, menos assentuadas e de menor generalização, entretanto; alguns conservam o seu revestimento interno epitelial, normal.

Das observações microscopicas de AUFRECHT, POSNER, STRAUS e GERMONT soube-se que tanto nos *tubos contornados* como nos *rétos* notam-se cilindros hialinos em numero maior ao terceiro e quarto dia da retenção renal, de quando começam a diminuir.

Os *glomerulos*, são pouco modificados nos primei-

ros dias, malgrado a esquemia inicial com infiltração édematoza que aparece subitamente no rim.

Com o progresso da lezão eles tornam-se anemiados, embricadss e STRAUS e GERMONT assinalaram a prezença de pequenos nucleos corados, leucocitos provaveis, assestados ao longo das flexuozidades do feixe glomerular.

Até então as lezões são exclusivamente epiteliais.

Na faze de *atrofia*, que se instala quatro ou cinco semanas depois, o aspéto das lezões é inteiramente diverso: as *capsulas de Bowmann* extremamente dilatadas não encerram mais que um glomerulo atrofiado, infiltrado de leucocitos.

Os tubos contornados e rétos são tambem atrofiados, com calibre muito diminuido e de luz quaze dezaparecida, seu epitelio é uniforme: um revestimento de celulas achatadas.

Para o lado do tecido conjuntivo as lezões são minimas, segundo a opinião de STRAUS e GERMONT, que em ligaduras asepticas do ureterio, só verificaram lijeiro aumento do tecido intersticial, sem hiperplazia nitida.

ALBARRAN admite, ao contrario, a escleroze do tecido conjuntivo, que para estes ultimos observadores caracteriza a ligadura septica *(pionefroze)*.

Carece de verificação mais perfeita, este ponto ainda muito em controversia.

A retenção renal unilateral não limita as suas lezões ao orgam em que se assesta; suas perturbações repercutem em todo o organismo, orijinando de um lado em-

baraços funcionais, e de outro verdadeiras lezões somaticas em aparelhos varios.

Daí conclue-se facilmente que a hidronefroze não pode ser considerada como uma lezão puramente local; ela deve ser encarada como uma verdadeira afeção geral e as grandes alterações que traz a vida dos doentes, explicam a alta importancia que lhe dão os uropatolojistas.

Falaremos sucessivamente do mecanismo dessas duas ordens de manifestações.

Perturbações funcionais — De referencia a este assunto tiram-se os melhores ensinamentos dos trabalhos experimentais de TUFFIER, GUYON e ALBARRAN.

Em experiencias sobre cobaias eles verificaram que a pressão na empôla hidronefrotica se eleva rapidamente á 73 milimetros de Hg., pondo em evidencia o valor da tensão intrarenal de um lado, sobre o funcionamento do outro rim; este ultimo, depois de impassivel durante uma hora de experiencia, começa a excretar em abundancia durante a segunda hora, simulando uma ação compensadora.

A partir da terceira hora, ha uma diminuição gradual da quantidade e qualidade da urina excretada, até que faz cessar a tensão intrarenal do outro lado.

Tiveram o mesmo rezultado as experiencias de ISRAEL, ZUNTZ e GOTZL quando elevaram progressivamente a tensão ao nivel de um dos rins, com uma simples ligadura do ureterio; nestes cazos bastavam 34 milimetros de Hg., para produzir uma anuria temporaria.

A ação do rim doente sobre o são do outro lado, entra em linha de conta, para a explicação das hidronefrozes intermitentes; o fim da crize doloroza desta retenção é annunciado por uma descarga poliurica consideravel.

TUFFIER e ALBARRAN verificaram que esta descarga poliurica não é devida ao esgotamento da empôla e demais tem-se observado uma poliuria enorme em rim muito pequeno.

ISRAEL em um cazo antigo de hidronefroze operada, recolheu separadamente a urina que se escoava da ferida do rim nefrotomizado e a que emitida pelo ureterio vinha do rim oposto; enquanto que a primeira era pouco abundante, hematica, a outra porção era clara e em quantidade consideravel.

Este autor ainda afirma que a simples punção de um rim hidronefrozado que forneceu um liquido sangrento, foi em uma cuidadoza experiencia que fez, seguida de franca poliuria clara.

GUYON na anciedade de explicar estas perturbações funcionais lembrou-se do *refilexo reno-renal.*

Os trabalhos de CL. BERNARD e BROW-SEQUARD haviam firmado que a exitação da mucoza do ureterio ou substancia renal, determina uma parada da secreção de ambos os rins.

GUYON provou que se pode observar um reflexo reno-renal identico ao despertado pelos traumatismos do rim, na obstrução ureteral e por sua vez ISRAEL afirmava que a drenaje das nefrotomias bastava para provocar a oliguria.

Nada ha de pozitivamente provado sobre as lezões do rim oposto ao tumor hidronefrotico; logo em começo de pesquizas sobre este ponto PERL, STRAUS, GERMONT e TUFFIER, descrevem a hipertrofia compensadora no rim oposto a lezão.

Nos animais de experimentação sacrificados ás primeiras semanas apoz a ligadura do ureterio, foram constatadas lezões de *citolize protoplasmica* em forma de ilhotas e lezões nitidas de nefrite cronica com escleroze intertubular, se o exame histolojico era feito mais tardiamente.

CASTAIGNE e RATHERY publicaram varios cazos de jovens portadores de hidronefrozes, que foram objeto de suas observações durante muito tempo, nos quais se desenvolveu uma nefrite cronica no rim oposto a hidronefroze, que lhes trouxe a morte por uremia.

Nestes exemplos não se via nos antecedentes das vitimas nem uma cauza que explicasse o nefrite intersticial; suas urinas examinadas antes da hidronefroze não eram albuminozas e tudo os inclinava á crença de que a nefrite cronica, pozitivamente verificada nas necropsías, era decorrente daquele processo morbido.

Para explicar o mecanismo dessas lezões, surjiram muitas hipotezes: assim ASCOLI, FIGARI e ANZILOTTI acreditavam que as lezões do rim vinham da grande quantidade de materias toxicas que eliminava, desde que abolido o funcionamento do seu conjenere.

Desprezamos á primeira analize esta supozição, sem valor que ela é.

Sabe-se que a nefrectomia não expõe o rim oposto as lezões que sobrevêm da hidronefroze unilateral.

A *teoria reflexa* de GUYON e a *nefrite simpatica* invocada por KLIPEL e POUSSON são falhas de dados pozitivos.

A *teoria toxica* satisfaz o espirito de quem se dê ao estudo deste ponto; admitimos pois, que as alterações do rim oposto, são oriundas dos produtos de dezintegração das celulas epiteliais do rim hidronefrozado, que postos em circulação no organismo, têm ação deleteria sobre o rim ainda são.

Este fato não é duvidozo desde que se tenha noticia da destruição do parenquima renal, que fica reduzido a uma delgada casca fibroza, nas obstruções ureterais.

Fala em favor desta hypoteze, muito aceitavel, o exame do liquido hidronefrotico, permitindo a apreciação de leucocitos que em ativada fagocitoze englobam detritos de celulas epiteliaes do rim.

Ainda mais, o serum do sangue de animais, nos quais se tenha feito a ligadura do ureterio, goza de propriedades nefrotoxicas, muito assentuadas, já vistas por CASTAIGNE e RATHERY *in vitro* e *in vivo* com injeções em animais de laboratorio.

Do exposto é facil a concluzão de que a hidronefroze é fóco de produção de toxinas, que ajem de preferencia no rim oposto, constituindo um perigo permanente para o doente, ameaçado de ter fechados os seus orgams de expurgação e deixando de ser uma lezão local reclama uma terapeutica energica.

III

O começo da hidronefroze é de ordinario insidioso e lenta a sua evolução; muitas vezes o tumor atinje um certo volume sem provocar a menor dôr.

Embora a calculoze renal seja orijem muito comum da hidronefroze, escreve o PROF. LAVAUX, é notavel que as colicas nefreticas apareçam raras, na historia clinica destes doentes.

O aumento progressivo do tumor, provocando dores espalhadas na rejião dos lombos, sensações de pezo com desenvolvimento do abdomen, dores agudas, paroxisticas mais tarde, trazem o doente a prezença do medico.

Algumas vezes, ao contrario, o tumor parece sobrevir quaze subitamente, depois de uma dôr muito violenta ao nivel da rejião lombar; diminue a quantidade de urina e aparece hematuria.

A séde da hidronefroze é a de todo o tumor renal,

ocupa primeiramente o hipocondrio e pela ação do pezo dece ao flanco e a fossa iliaca; é de todos os tumores liquidos do rim o que adquire maiores proporções e de flutuação mais franca.

Sabe-se entretanto que embora facilmente constatavel a flutuação não é uniformemente perceptivel em todos os pontos do tumor, isto porque as suas paredes, constituidas pelo bacinête, ureterio e muitas vezes pelo proprio tecido renal, se deixam distender de um modo muito irregular.

Quando é volumoza a hidronefroze e a pressão do liquido é muito forte, claro é, que a flutuação é muito apagada si não dezaparecida.

Não ha limites para o dezenvolvimento deste tumor, ha cazos em que a hidronefroze assume avantajadas dimensões e NICAISE fala de uma observação onde a empôla unilateral atinjia em um adulto, para cima, ao tuberculo saliente da nona costela e para baixo tinha contacto com as duas espinhas iliacas antero-superiores, ficando em relação com o pubis; a fossa iliaca esquerda era conseguintemente invadida e o tumor proeminava entre a duodecima costela e a crista iliaca.

Quando a hidronefroze é dupla, estes sinais são percebidos de ambos os lados, variedade que só se encontra nos fétos, graças a que a hidronefroze dupla muito assentuada é incompativel com a vida extra-uterina.

Aliados a estes sintomas pode-se encontrar na hidronefroze todos os sinais de compressão que acom-

panham os tumores renais: dificuldade na respiração, constipação, perturbações dijestivas, édemas, etc.

Das perturbações dijestivas salientamos os vomitos, que são sempre suspeitos, por isso que, si podem estar ligados a compressão do estomago, são muita vez a expressão sintomatica caracteristica da uremia, quaze sempre fatal.

E' no diagnostico dos tumores renais em geral, que a palpação reprezenta papel importante sobre muitos pontos de vista; só palpando consegue-se distinguir as pequenas saliencias da superficie do rim, para o que utilizar-se-á do processo bimanual e a conselho de ISRAEL fica o doente em *decubitus lateral* e o medico do lado oposto ao rim a examinar-se.

A superficie liza do tumor hidronefrotico distingue-o da irregularidade *bosselée*, do cancro, do sarcoma e tuberculoze renal.

Não confundir-se-á a franca flutuação da hidronefroze com o fremito dos pequenos *quistos de hidatide*; é sabido entretanto que certos tumores solidos, tais como o cancro e o sarcoma encefaloide do rim, podem aprezentar em zonas diferentes uma especie de *pseudo-flutuação*.

A punção exploradora fornece-nos dados para o diagnostico diferencial: assim o liquido de retenção de um quisto hidatico não supurado é limpido, pobre de albumina, contém *acido sucinico* e algumas vezes cabeças ou ganchos de equinococus e demais é desprovido de uréa, o que caracteriza especialmente o liquido hidronefrotico, segundo a opinião de muitos autores.

Todos nós sabemos do cuidado que deve andar na feitura desta punção rigorozamente aseptica, atendendo-se a que não raras vezes, tem sobrevindo a esta operação peritonites mortais.

Referindo-se á palpação no diagnostico da hidronefroze, diz CATHELIN: um sinal caracteristico quando ela existe, é a prezença de um sulco entre o rim e o bacinête distenso, perfeitamente comparado ao sulco de separação entre o testiculo e o epididimo.

A empôla hidronefrotica aprezenta contacto muito evidente com a parede abdominal posterior, á percussão é macissa em toda a sua extensão.

De ordinario a direita ela recalca para baixo o grosso intestino, de modo que deste lado a sua matidez se continúa para cima com a do figado; outro tanto não sucede em relação ao tumor do lado esquerdo que se dezenvolve para baixo da ansa do colon transverso, permitindo que superiormente se note uma faixa de sonoridade intestinal.

Emfim o tumor crece de cima para baixo contrariamente ao que soe acontecer aos quistos e tumores do ovario.

O PROF. LEGUEU conta numerozos cazos de hidronefrozes *dolorozas* onde as crizes eram intermitentes, nos intervallos das quais os doentes sentiam relativo bem estar.

O acesso começou por uma dôr angustioza na rejião renal que se propagava ao ureterio, simulando uma colica nefretica; percebia-se então escassez da

urina, por isso que só havia um rim a funcionar e sob a acção de um reflexo inibitorio.

A *hematuria* é sintoma pouco frequente; do mecanismo porque ella se processa, já falamos linhas atraz.

Alguns clinicos ligaram muita importancia a este sinal, nos cazos raros em que ele foi visto e estabeleceram a classe das *hematonefrozes*.

Na uronefroze o valor funcional do rim é sempre diminuido e esta hipofunção pode servir no formular do diagnostico.

A eliminação do azul de metileno, que foi previamente injetado, é retardada e de escoamente lento e prolongado, porque esta substancia dissolvida na empôla, azulecerá o liquido que dificilmente vai sendo eliminado.

O ponto crioscopio dessas urinas é menos elevado que normalmente.

O *cateterismo ureteral* firma muitas vezes o diagnostico de hidronefroze; não só por este meio consegue-se avaliar do grau de comprometimento funcional do rim, como pode se precizar em muitos cazos, o ponto em que se assestou o obstaculo ao corrimento da urina.

GEORGES LUYS escreve no seu livro — EXPLORATION DE L'APPAREIL URINAIRE, — uma longa observação do PROF. TUFFIER, no hospital BEAUJON, em que só o cateterismo fez o diagnostico de uronefroze fechada, reclamando imediata intervenção, feita que foi com rezultado proveitozo.

Sobre ser uma operação delicada, que exije muita

pratica e habilidade. o cateterismo pode levar ao segmento superior do aparelho renal, infeções ureterais ou vezicais.

A hidronefroze evolui sem febre, a aparição deste sintoma no curso desta retenção é geralmente denuncia de que ela fôra infetada; entretanto nos fortes acessss dolorozos. prodromos da descarga poliurica, percebe-se algumas vezes uma subida minima da coluna termometrica.

O RAIO X, limitando muitas vezes o saco, elucida o diagnostico, são precizamente nos exemplos de liquido hidronefrotico muito escuro, que este processo propedeudico se manifesta mais nitido.

A marcha da hidronefroze é de ordinario lenta e progressiva e a sua duração é dificilmente sabida, porque o seu começo foje a observação direta dos clinicos.

No cazo de tumor unilateral e de retenção intermitente a molestia pode durar muitos anos.

Nesta forma clinica sobrevem de tempos em tempos uma *débâcle* de urina e o tumor se esvazia completa ou incompletamente, para adquirir depois as suas proporções primitivas.

Algumas vezes, fato notavel, acontece que o liquido não se reproduz e a hidronefroze cura radicalmente: é que o obstaculo ureteral, um calculo quaze sempre, propelido pelo jato urinozo, caíu na bexiga dezobistruindo definitivamente o ureterio.

Ha muitas observações de hidronefrozes de marcha

aguda, em que o tumor de alguns mezes atinje dimensões consideraveis: tal é o cazo de JOHN TAYLOR.

Não é raro que este tumor fique em estado latente, sem que se perceba a menor modificação da saúde e quando é unilateral, o rim são se hipertrofia com um funcionamento suplementar, restabelecendo a eliminação.

São conhecidos exemplos de observação de hidronefroze, descobertos cazualmente em autopsías de individuos mortos por acidentes e que nunca tiveram noticia de sua molestia renal.

A hidronefroze é uma molestia grave, atentas a sua persistencia, as alterações ulteriores que leva ao rim oposto e as serias intervenções que a sua terapeutica reclama.

Entre as complicações mais comuns que aparecem no curso de uma hidronefroze são principais: as hemorrajias ínternas da empôla, a sua rutura, a infeção, a peritonite e a uremia.

Nas hemorrajias o sangue provem dos capilares inferiores do saco, na grande maioria dos cazos a sua superficie interna é semeiada de equimozes escuras.

Sabemos de autores que não crêm na rutura do saco hidronefrotico sem que haja inflamação violenta de suas paredes, consequencia da infeção da empôla.

MONTPROFIT, CARSLOW, SUTER e outros citam onze cazos em que a rutura teve lugar sem intervenção de nem um processo inflamatorio e concluiram que no minino o peritoneu é lezado e a peritonite é consequencia, no adulto a rezistencia da capsula renal per-

mite a estagnação do liquido extravazado, formando uma perinofroze.

A peritonite muitas vezes lembra a apendicite e o PROF. LEGUEU fala de um cazo em que o doente chegou ao hospital com todos os sintomas de uma peritonite apendicular, no qual a laparatomia revelou uma hidronefroze latente infetada, que foi ponto de partida dos sinais observados.

O doente sarou.

O papel toxico da hidronefroze sobre o rim oposto, traz a mais grave perturbação para o organismo, a uremia (*melhor dize-lo urecemia, graças a nem uma especificidade desta toxemia.)*

RATHERY viu o coma uremico em etape ultima na vida do hidronefrotico.

A infeção da empôla tem duas orijens: sanguinea e ureteral.

No primeiro cazo os microorganismos chegam ao rim pela corrente circulatoria e se tem responsabilizado o *coli-bacilo* em muito alta cifra.

As funções septicas ou o cateterismo feitos sem os escrupulos da antesepsia, enchem a segunda via de infeção: as urinas são turvas, a curva termica revela as crizes de hipertensão e a destruição renal é mais pronta, pela combinação das lezões de escleroze, as da infeção.

O prognostico da hidronefroze é geralmente entristecedor.

A destruição gradual de um ou de ambos os rins, as perturbações da compressão que ela motiva e de-

mais a supuração da empola que chega muitas vezes a septicemia, explicam a gravidade desta afeção.

Esta severidade prognostica é felizmente, graças aos assombrozos recursos da cirurjia moderna em mãos de ALBARRAN, LEGUEU e outros, muito atenuada.

Quando esta retenção renal está ligada a compressão ureteral de um tumor abdominal, uma intervenção cirurgica que o elimine cura-a rapidamente.

Na compressão do utero cancerozo, o prognostico é mais grave, mercê do carater maligno deste neoplasma.

O prognostico varia ainda, segundo é a hidronefroze adquirida ou conjenita, uni ou bilateral, aberta ou fechada.

Sem esforço de raciocinio concebe-se facilmente a razão de ser destas variantes.

Salientamos o perigo que corre a vida do portador de uma hidronefroze que tem a sua eliminação urinoza mantida pela providencial hipertrofia do rim oposto e é victima uma molestia intercurrente, a nefrite, por exemplo.

A hidronefroze bilateral fechada, já o dissemos, não permitte a vida extra-uterina.

IV

ANTES de abordarmos e estudo da terapeutica da didronefroze, convem que falemos das modificações que sofre o orificio piélico e a dispozição do ureterio no saco hidronefrotico.

O ponto de inserção deste conduto é variavel, raramente ela se faz no ponto mais declive da empôla, quaze sempre nota-se a baixo de sua embocadura um semento mais ou menos consideravel do tumor.

Em busca do seu ponto de inserção o ureterio percorre trajéto ao longo da face externa do tumor, a que ele adere por simples brides celulozas ou por um tecido cicatricial rezistente.

Dá-se algumas vezes verdadeira fuzão do ureterio a parede da empôla piélo-renal.

Daí rezulta um esporão, dependente do levantamento da mucozo ao nivel de sua extremidade pié-

lica, de cuja ablação obtem-se muitas vezes a cura da molestia.

O ureterio tem a luz diminuida pelo espessamento de suas paredes ou por pregas cicatriciais internas, viziveis principalmente ao nivel das curvaturas.

A baixo do obstaculo ao corrimento da urina podem aparecer lezões ureterais e o cirurjião que tem conhecimento disto deve explora-lo em todo o seu percurso, para fujir a pratica de uma operação inutil em um ponto deste canal, que ainda em outras zonas é obliterado.

Lembramos o caso de VAN HOOK que depois de seccionar o ureterio além do obstaculo mais vizivel, anastomozou-o ao bacinête, constatando dias mais tarde uma nova retenção renal, motivada por um calculo encravado na porção vezical do ureterio, procedendo então a nefrectomia.

E' util o conhecimento das seguintes formas raras de hidronefrozes: *parciais*, *sub-capsulares* e de *duplo saco*, renal e ureteral.

Na hidronefroze parcial a empôla se dezenvolve as custas de uma só parte do rim, porque o obstaculo tem séde ao nivel da divizão do bracinête ou abertura de um calice; cazo em que a intervenção se limita a parte afetada, com a seção parcial deste orgam.

Na forma sub-capsular o liquido se accumula a baixo da capsula do rim e se encontra um orificio de comunicação entre o bacinête distenso e a empôla perirenal.

ALBARRAN experimentalmente em cães, conseguiu esta variedade de uronefroze.

A especie de dupla empôla é commum quando a obstrução se localiza no segmento inferior do ureterio trazendo-lhe uma dilatação consideravel.

Este mestre cita uma observação de um jovem egypcio, em quem praticou a ablação do ureterio grandemente distendido, apoz uma nefrectomia a que fôra submetido.

O primeiro volume do seu livro MEDICINE OPERATOIRE DES VOIES URINAIRES traz a estampa de uma *ureteridroze* que conseguiu produzir em um cão.

***

Como tentativa de cura da hidronefroze pretendeu-se a *massajem:* comprehende-se o quanto ha de pouco recomendavel nesta terapeutica; não foram raras as ruturas e eram insuportaveis as dores que despertava.

Contudo si um calcluo era o obstaculo ao curso da urina, acontecia muitas vezes que a malaxação demorada do tumor, deslocava-o e dezobistruindo o ureterio era de feliz rezultado para o doente.

A punção figura em primeira linha na lista das intervenções cirurjicas da hidronefroze.

Aconselhada por LECORCHÉ, deve ser praticada entre as ultimas falsas costelas e a parte anterior do undecimo espaço intercostal; assim procedendo-se, a exemplo de THOMPSON e HELLIER, tem-se evitado lezar o intestino e o peritoneu.

E' curiozo que apoz a punção, aparece um abundante escoameuto da urina pelas vias naturais *até então obstruidas*.

Este tratamento é simplesmente paliativo, findo algum tempo o tumor reaparece; aconselha-se nova punção e até mesmo uma terceira.

Nem um outro tratamento menos perigozo tem a hidronefroze dupla; punciona-se o tumor mais volumozo repetidas vezes que forem precizas e assim consegue-se prolongar a vida do doente, por muitos anos.

BRODEUR conta-nos um cazo curado em um minino de 13 anos em quem WOLFER fez trez punções, das quais as duas primeiras foram acompanhadas de injeções muito diluidas de iodo.

O PROF. DIEULAFOY curou uma hidronefroze complicada de supuração, praticando durante trez anos e espaçadamente, quarenta e tres punções.

O PROF. LE DENTU condena esta terapeutica, acreditando-a ineficaz e nem sempre inofensiva, exemplifica o cazo mortal observado por ROSENBERGER e dois fatos de SIMON, onde o *trocat* levou a infeção ao tumor, que supurou dias apoz.

Estamos em que na punção praticada com escrupuloza antisepsia não ha temer a supuração e crêmos que é natural e lojico começar o tratamento da hidronefroze pela punção aspiradora simples, que tem a vantajem de muitas vezes fazer o diagnostico.

Se ha reincidencia no enchimento do tumor recorrer-se-á a uma outra intervenção.

A operação neste cazo seria a *nefrotomia seguida*

de drenajem; ainda de referencia a hidronefroze dupla escreve o PROF. LE DENTU: a estirpação de um dos tumores é rigorosamenre contra-indicada, um tratamento recomendavel seria estabelecer uma fistula urinaria, em uma ou ambas as empôlas.

Não vemos vantajem nessa intervenção, onde o pequeno alivio que pode trazer ao doente, corre parelha com a esfacela possivel que pode aparecer, maximé quando já tem começado a dezorganização dos rins.

Em tratando-se de hidronefroze unilateral que começa, este professor aconselha a estirpação do rim, imediata á certeza do diagnostico; para o tumor dezenvolvido, a incizão extra ou intra-peritonial seguida de sutura da parede e drenajem.

Si se estabelece uma fistula permanente, proceda-se a estirpação ulterior do parenquima e detritos renais, desbridando o orificio fistulozo e drenajem da empôla que se evita disecar.

De primeira analize não concordamos com o sabio PROF LE DENTU de tão proclamada competencia nestes assuntos, desde que não achamos procedente fazer-se a nefrectomia em uma faze inicial do tumor, quando não se sabe si ele é intermitente ou passivel de um esvaziamento espontanio.

Será mais lojico, parece, tentar-se o cateterismo do ureterio afim de primeiramente precizar o diagnostico e dilatar o estreitamente si ha coarctação deste conducto; ha um calculo encravado no ureterio, que não pode ser arrastado ao bacinête, melhor é com a ne-

frotomia e cateterismo retrogrado, conduzi-lo a bexiga.

O *processo de Simon* para o cateterismo ureteral é aplicavel unicamente a mulher: consiste na introdução do dedo indicador na bexiga e reconhecendo-se o orificio ureteral, fazer a intromissão da sondá.

A grande dilatação a que obriga a uretra e os deficientes rezultados que trouxe este metodo, fizeram-no abandonado em pouco tempo.

O *processo de* PAUWLICK discrito em 1886, é tambem aplicavel excluzivamente a mulher: a doente era colocada em pozição *genu-peitoral* e deprimida a parede posterior da vajina percebia-se na face anterior deste conduto, pregas mucozas, ponto de reparo para este autor.

A este tempo ele introduzia na bexiga um cateter especial, cerce com a parede posterior da bexiga e deprimindo a parede vajinal depois de curvar lijeiramente a sonda conseguia penetrar o ureterio.

Pouco uzado foi esse processo, evidentemente de dificil manejo e que exijia longa aprendizajem.

Em 1896 este mesmo autor fazia diferentemente o cateterismo, armado de um endoscopio que lhe permetia ver e cateterizar os orificios ureterais.

Foi GRUNFELD *(de Vienna)* quem primeiro fez o cateterismo do ureterio com um citoscopio de vizão direta, por ele imajinado.

Não nos daremos ao dispensavel trabalho de discernir os numerozos meios de cateterismo ureteral e fazemos lijeira expozição do emprego e tecnica do

cistoscopio de vizão diréta de LUYS, metodo de vantajem sobre os muitos outros.

O ponto de reparo mais preciozo neste processo, vem do levantamento brusco da parede posterior da bexiga, desde que cesse a pressão que aí se exerce propozitalmente com o tubo cistoscopio.

Bastará a este tempo, quando os orificios uretrais vêm ficar em contacto direto com a extremidade do tubo, inclina-lo para direita ou esquerda para se ficar em face do ureterios.

Si normalmente consegue-se com facilidade ver os orificios uretrais, quando se trata de uma cistite intensa em que as paredes vezicais estão sangrentas e horrivelmente dolorozas, o cirurgião é obrigado a uzar de processos especiais: tenta diminuir as dôres, já com previas lavajens retais, já com irrigações na bexiga, de um composto de:

Antiperina	1 á 2 gramas
Laudano	XII gotas

Algumas vezes estas precauções não bastam e a bexiga muito senzivel se contrai ao menor contacto, tornando o exame dificil si não impossivel.

A persistencia das dôres leva o medico a aplicar injeções de morfina, que conseguem acalmar o doente.

Quando a inflamação da mucoza vezical é muito pronunciada e sangra, obscurecendo o campo vizual, tem-se o recurso de aplicar pequenos tampões imbebidos em solução a 1 por 1.000 de adrenalina, com o

cuidado de comprimir precizamente o ponto que sangra, sabido que a sua ação muito enerjica se manifesta, quando aplicada no ponto que dá sangue.

Outras vezes embora tenhamos colocado a extremidade do tubo em um ponto que normalmente corresponde ao orificio ureteral, não se consegue descobri-lo; bom processo a empregar nestes cazos, é afastar a mucoza vezical, premindo-a sobre o tubo, que destróe o seu enrugamento e permite ver o orificio.

Ha cazos enfim, em que malograda toda a atenção, não descobre-se o canal ureteral, então recorre-se á aplicação sub-cutania de uma solução esterilizada e recentemente preparada de:

Serum fiziolojico	10 gramas
Carmin de indigo	0,40 centigramas

Por este meio as urinas são 15 minutos apoz, coradas fortemente e percebe-se no momento da ejaculação, um ponto azul *foncé* que corresponde ao afloramento ureteral da urina.

Quando o orificio ureteral està bem descoberto, fixa-se o tubo cistoscopico com a mão esquerda e com a direita rigorozamente aseptica, passa-se a sonda.

O catéter introduzido e guiado ao longo da parede inferior do tubo chega ao méato ureteral e segue naturalmente a luz deste canal.

O conjunto dessas manobras é de uma facilidade extrema e de notavel simplicidade.

Um cuidado a observar-se procedendo-se o catéterismo, é escolher-se uma sonda réta e pouco flexivel, as

sondas novas são bôas; o uzo torna-as moles e imprestaveis.

Em cazo de não encontrarmos sondas de uma rijeza necessaria, lançaremos mão de um artificio que consiste tão simplesmente em deitar no seu interior um mandarim metalico, tendo-se a precaução de não levar a sua ponta até a extremidade da sonda, permitindo assim que em um centimetro a este nivel, a sonda seja mole, suficientemente rija contudo, para não dobrar sobre o orificio ureteral.

Intrometida que seja a extremidade da sonda, o mandarim é dispensado enquanto ela progride docemente até o bacinête, si até aí carece leva-la, depois do que retira-se o cistoscopio.

LUYS fez construir sondas especiais para o seu aparelho, das quais as de uzo mais corrente correspondem aos ns. 7, 8 ou 9 da escala CHARRIÈRE e a sua extremidade ureteral tem dois orificios laterais.

A parte correspondente a este ponto é flexivel e daí, a uma distancia de 13 centimetros a sonda é feita de um tecido rezistente, que lhe imprime uma rijeza suficiente, o resto do tubo é muito maleavel e se termina por um pavilhão onde pode-se adaptar uma seringa ordinaria.

Operando com estes preceitos, o catéterismo torna-se realmente facil e ao alcance dos cirurjiões que não especialistas em urolojia; assim BAR, parteiro da MATERNIDADE de SAINT'ANTOINE na primeira tentativa, armado com este cistoscopio conseguiu fazer facilmente o catéterismo.

PIERRE DELBET levava a sua admiração por esse processo de exploração urinaria, a dizer na SOCIEDADE DE CIRURJIA: *sou realmente obrigado a reajir contra a tentação infantil que tenho, de pôr uma sonda no ureterio, simplesmente pelo prazer de faze-lo tão simplesmente, como se introduzisse uma haste metalica em uma fistula cutania.*

O catéterismo não cura a hidronefroze e não é sem inconvenientes que se pretende isto; DURAND cita a morte de um seu doente onde a sonda mantida durante quatro mezes infetou a empôla.

E' sabio processo de diagnostico e auxiliar das intervenções na hidronefroze.

A *nefropexia* é a primeira operação conservadôra, aplicada as hidronefrozes do rim movel.

Si bem que o carater intermitente das hidronefrozes não esteja sempre ligado a mobilidade do rim, não só porque rins fixos orijinam esta intermitencia e rins moveis podem determinar uma prega do ureterio que torne definitivamente fechada uma hidronefroze, ha trez hipotezes onde a nefropexia é plenamente indicada, pelo processo de GUYON de preferencia.

1.ª si não existe uma curvatura fixa do ureterio.

2.ª si a hidronefroze é pouco dezenvolvida.

3.ª si estamos convencidos de que a operação consegue o esvaziamento completo da empôla.

Fóra desses cazos é dispensavel e inutil a fixação do rim, porque a nefropexia não aje sobre o obstaculo productor da retenção; ter-se-á outra conduta diferente, segundo as circunstancias.

Quando a obstrução urinaria for motivada pelo *esporão piélo-renal* proceda-se a sua secção.

Foi FREDELENBURG, em 1889, quem primeiro fez esta intervenção, recomendavel quando o ureterio está soldado a empôla em uma extensão mais ou menos consideravel.

A sua técnica é facil; quando se consegue descapsular cuidadozamente o rim, inciza-se largamente o tumor para bem explorar sua cavidade e a este tempo faz-se o catéterismo retrogrado quando não-no tem-se feito com o cistoscopio.

Inciza-se o tumor no ponto de soldadura do ureterio a sua parede externa, prolongando a incizão até o orificio piélico, que toma a forma de um V, de baze voltada para este ponto.

Com catgut fino sutura-se de cada lado da ferida em toda a sua extensão, as paredes do ureterio as do bacinête de modo que as duas mucozas se continuem.

Esta sutura indiferentemente será em cadeia ou pontos separados.

Quando a hidronefroze tem orijem em um estreitamento ao nivel do orificio piélico do ureterio e a sua dilatação não foi possivel ou insuficiente, proceda-se a *uretero-pïéloplastia*.

Em 1892 FINGER fez em primeiro lugar esta operação.

Segundo o processo de ALBARRAN a sua técnica consiste: como em todas as operações conservadoras do rim é necessario começar por uma larga nefrotomia

que permita bem explorar o tumor e avaliar do rezultado operatorio.

Depois de intrometida a sonda no ureterio e reconhecido o estreitamento ureteral se a incizo lonjitudinalmente em toda a sua extensão; a ferida é afastada em sentido transverso e com catgut delgado começa-se a sutura do angulo superior ao inferior e depois lateralmente.

Quando não se confia no poder cicatrizante das paredes esclerozadas de um estreitamento ureteral, recorre-se a anastomoze da parte mais declive do tumor a *extremidade terminal do ureterio*; é facil a sua tecnica e de bons rezultados.

Inciza-se a empola piélo-renal em um ponto o mais declive, resecando em sua parede um fragmento triangular e com cuidado meticulozo, procede-se a sutura da extremidade superior do ureterio que foi seccionado em um ponto além do estreitamento, tendo-se cuidado de aplicar uma contra a outra as mucozas do bacinête e ureterio.

Termina-se a operação praticando-se pontos de reforço não perfurantes.

O PROF. ALBARRAN tem um processo de *anastomoze lateral do ureterio*, muito enjenhozamente imajinado e que permite a anastomoze do ureterio á parte mais declive do tumor, por sua face em contato com a empôla.

Em uma observação de rim unico, em *ferradura de cavalo*, onde uma ametade era atacada de hidrone-

froze, este processo permitiu-lhe um rezultado pasmozo.

Depois de ter constatado que a piéloplastia não daria rezultado satisfatorio, ALBARRAN viu a facilidade de soldar o ureterio a parte mais declive do saco, o que fez imediatamente, obtendo cicatriz por primeira intenção e perfeito escoamento do bacinête.

Falaremos enfim, entre as operações conservadoras do rim, da *resecção ortopedica*.

Esta intervenção consiste em seus traços gerais, na ablação da porção do saco hidronefrotico que fica em plano inferior a embocadura do ureterio, interessando o bacinête e as vezes o proprio tecido renal.

Limite-se perfeitamente o ponto onde termina a alteração do parenquima do rim e estirpe-se o *baixo-fundo* do saco, com uma incizão que chegue até o orificio piélico do ureterio.

Começa se a sutura junto ao ureterio tentando-se a reconstrução do bacinête.

Como operação complemento, deve-se proceder a nefropexia com dois ou tres pontos capsulares, tendo-se o cuidado de verificar que o ureterio se implante no ponto mais declive do tumor.

Não nos esqueçamos de libertar cuidadozamente este canal de todas as suas curvaturas e verificar se uma sonda *n. 12* corre livremente em sua luz, particularidade esta sem a qual não se fará a resecção.

Estas intervenções tem geral aceitação e conseguem a cura da hidronefroze em muitos cazos.

Quando o parenquima do rim está completa.nente

destruido é nem um o seu valor funcional, ou quando malgrado a conservação de uma pequena parte deste, se reconhece a impossibilidade de praticar uma operação plastica conservadora e, fator indispensavel, conta-se com o funcionamento suplementar do rim oposto pode-se recorrer com rezultado a *nefrectomia*.

Animados de fazer uma nefrectomia, em exame previo indispensavel faremos uma exploração fiziolojica e anatonomica; a primeira com o cateterismo que revela o grau de funcionamento do orgão e anatomica, não limitada ao seu exame externo apoz a secção das partes moles; é necessario incizar o tumor para apreciar-se a espessura do parenquima, a dispozição dos septos e inserção do ureterio, explorando-se ainda com o cateterismo o calibre deste canal.

Quando entretanto se consegue saber que a secreção do rim hidronefrotico é nula e que o oposto está fiziolojicamente normal, pode-se de começo praticar-se a nefrectomia.

A asepsia que corre nesta operação para o tratamento da hidronefroze, torna-a a mais benigna das nefrectomias, principalmente quando a inutilidade do rim se processa pouco a pouco, permitindo o dezenvolvimento compensador do seu conjenere.

Deste modo a oliguria *post* operatoria falta e a rapidez dos têmpos cirurjicos, neste cazo, faz menos perigoza a nefrectomia da hidronefroze.

A via lombar e geralmente preferida para esta intervenção.

As complicações da hidronefroze lembram indica-

ções especials; a observação de JOHN TAYLOR, de que já falamos, é um belo exemplo em que a rutura do saco foi curada pela laparotomia de urjencia.

As supurações do tumor reclamam os cuidados da pionefroze.

No tocante a profilaxia desta retenção parece de alta importancia os preceitos de modificação de habitos e alimentação, que atenuem a tára do litiazicos, orijem tão comum desta afeção.

— Entre nós é muito rara a hidronefroze, o que contrasta com a frequencia das diatezes que levam á calculoze renal.

A menos um cazo da clinica civil do habil assistente de clinica cirurlica DR. JOÃO GONÇALVES MARTINS, que aqui, seguimos de perto e que teve em algum tempo o diagnosiieo de sarcoma do rim, de nem um outro temos noticia.

Esta doente livrou-se da operação num dia em que um movimento brusco a que foi obrigada, seguiu-se de enorme descarga poliurica, devida de certo, ao deslocamento de um calculo que obliterava o ureterio.

PROPOZIÇÕES

Trez sobre cada uma das cadeiras do curso de ciencias medico-cirurjicas

PROPOZIÇÕES

Quimica medica

I

A urina é o produto de excreção mais rico em materias toxicas.

II

Normalmente a sua quantidade é de 1.500 gramas nas 24 horas.

III

Agua em porcentajem de 96 % e substancias extrativas em proporções difinidas; tal é a sua compozição quimica.

Historia natural medica

I

E' do azoto mineral *(acido nitrico ou amoniaco)* que se elaboram as materias proteicas das celulas vejetais.

II

Este gaz é muitas vezes fornecido as plantas, por bacterias com que vivem em *simbioze*.

III

Estas bacterias alimentam-se de hidratos de carbono, que lhes fornecem estes vejetais.

Anatomia discritiva

I

Os rins são glandulas de secreção externa, normalmente em numero de dois, lembrando a forma de duas favas de feijão, que se olham pela borda concava.

II

São simetricamente colocados aos lados do raque, ocupando o espaço que medeia a undecima vertebra dorsal e a terceira lombar.

III

Ha cazos de *rim unico*, de um só lado; ou ambos soldados, formando o rim em *ferradura de cavalo*.

Histolojia

I

Os ureterios são constituidos por trez folhas superpostas nesta ordem: uma externa formada de fibras elasticas, feixes conjutivos e celulas conetivas.

II

Uma tunica media musculoza, de dois planos de fibras; um interno lonjitudinal e outro externo circular.

III

Uma camada interna mucoza, aderente intimamente a esta ultima.

Fiziolojia

I

As glandulas são orgams de eficaz valor na defeza organica aos ajentes patojenos.

II

Algumas ajem eliminando certos venenos ou toxinas microbianas que lhes chegam pelo sangue.

III

Outros, pela propria ação mecanica de suas secreções, impedem a penetração dos ajentes infetuozos, ou põem em atividade o seu poder antitoxico e bactericida.

Bactereolojia

I

O *b. Anthracis* é o responsavel pela carbunculoze.

II

E' curiozo que sendo *aerobio tipico* este microbio

produza a sua ação patojena no organismo, roubando o oxijenio de combinação com o sangue.

III

Só a grande instabilidade da *oxi-hemoglobina* explica de algum modo este fato.

Materia medica, Farmacolojía e Arte de formular

I

O metodo de injeções é a melhor forma farmaceutica, graças a que ele atira diretamente na corrente circulatoria a substancia medicamentoza.

II

E demais permite ao clinico a certeza da quantidade de medicamento que aproveitou o doente.

III

A pozolojia do medicamento empregado em injeções é muito menor do que a empregada por outro qualquer processo.

Patolojía medica

I

O beriberi é uma polinevrite de orijem ainda não conhecida.

II

A forma cardio-pulmonar do beriberi e a de prognostico mais sombrio.

III

Sabe-se da grande vantajem do ar marinho na cura desta molestia.

Anatomia e Fìziolojia patologicas

I

Quanto mais elevado em escala histolojica um tecido, menos sujeito as néoplazias.

II

Mais maligno é o tumor mais rico em tecido embrionario,

III

E' geralmente por via limfatica que se faz a generalização dos néoplasmas.

Patolojia cirurjica

I

O frio e o calor tem alta influencia sobre a vida do homem são, ou doente.

II

As baixas temperaturas, sobre atenuarem as tro-

cas nutritivas, produzirem notavel diminuição do poder fagocitario dos leucocitos, podem orijinar a gangrena a *frigore*.

III

O calor produz duas gravissimas molestias: a insolação e o ictus colorifico.

Terapeutica

I

O valor terapeutico do ar dos campos, ligado ao ozona, é simples preconceito que deve dezaparecer.

II

A quantidade de ozona que existe no ar desses lugares (*onde se encontra em maior cifra*) é infinitezimal.

III

São precizos 700.000 volumes de ar, para que se tenha um só de ozona.

Operações e aparelhos

I

Nas reseções em geral, o processo sub-periostico é o melhor.

II

Poupado que seja o periostio, é facil a reprodução do osso.

III

Só o seu comprometimento obriga ao cirurjião reseca-lo com o osso.

Anatomia medico-cirurjica

I

A capsula interna é uma formação optico-estriada.

II

A arteria lenticulo-estriada, ramo da Silviana corta o seu segmento anterior.

III

Tem-se responsabilizado esta arteria como fonte das hemorrajias internas cerebrais.

Hijiéne

I

O ar livre, só em condições especiais transmite molestias.

II

A sequidão, a luz, o movimento, o calor e a eletricidade tendem a diminuir a virulencia dos microbios do ar.

III

Das poeiras de ar $^2/_3$ são mortas e no terço de

poeiras vivas, estão incluidos os microorganismos saprofitas.

De onde se conclue o pouco valor patojeno do ar.

Medicina Legal e Toxicolojia

I

Morte aparente é o estado especial em que se acha o individuo, no qual as suas funções organicas se processam tão lenta e apagadamente que simulam a morte.

II

Relativamente a utilidade do seu diagnostico a morte real tem sinais: certos, provaveis e duvidozos.

III

No diagnostico da morte real, como sinal de alta monta e indubitavel valor pratico, aparece a prova de ICARD.

Obstetricia

I

Parto é a expulsão do féto em condições de viabilidade.

II

O fenomeno da expulsão fetal até sexto mez da gestação — chama-se abortamento.

III

O parto no fim do nono mez, toma o nome especial de — parto á termo.

Clinica propedeutica

I

Para o diagnostico das molestias funcionais do coração dividiu-se o precordio em trez rejiões: da baze, media e do vertice ou apexiana.

II

As lezões orico-valvulares da aorta ou arteria pulmonar, tem focos estetoscopicos especiais ao nivel da baze do coração.

III

As lezões das valvulas e orificios inter-auriculo-ventriculares são audiveis no vertice do coração.

Clinica cirurjica (1.ª cadeira)

I

O hemotorax é o derramamento de sangue no saco pleural.

II

E frequentemente sobrevem aos ferimentos penetrantes do pulmão.

III

O repouzo absoluto consegue por si só a reabsorção deste derramen.

Só a sua infeção ulterior ou a ameaça de asfixia do pulmão por sua grande quantidade, obrigam o toracentéze imediata.

Clinica cirurjica (2.ª cadeira)

I

A estirpação total do rim, tem o nome de nefrectomia.

II

Só a completa imprestabilidade deste orgam e em cazo de bom funcionamento do rim oposto, leva o cirurjião a praticar esta operação.

III

A via transperiotonial tem inconvenientes, nesta intervenção.

Clinica medica (2.ª cadeira)

I

Toda a vez que se encontre de mistura á urina, sangue, vindo de qualquer ponto do aparelho urinario, ha hematuria.

II

A côr avermelhada da urina não nos obriga ao diagnostico de hematuria; sabe-se que substancias como o ruibarbo, a santonina e o piramidon são capazes de imprimir a este liquido uma côr avermelhada.

III

Os dois processos mais seguros para a pesquiza da hematuria são: o exame microscopico e a espectroscopia.

Clinica medica (1.ª cadeira)

I

E' complicação, talvez a mais grave, das molestias funcionais ou organicas dos rins, a uremia.

II

Está pozitivamente provado que não ha especificidade deste ou daquelle principio da urina, para a orijem dessa intoxicação.

III

Frequentemente ela aparece como termo final, no quadro morbido da hidronefroze.

Clinica dermatolojica e sifiligrafica

I

A blenorrajia corre parelha com a sifilis em relação aos males que traz a humanidade.

II

Ela acarreta em muito mais alta cifra a esterilidade, do que a infeção luetica.

III

Não é o coito o seu unico processo de contajio.

Clinica pediatrica

I

O raquitismo é molestia muito commum das crianças.

II

Depende de uma descalssificação do organismo.

III

A agua é fator de grande relevancia na etiolojia desta molestia, que no adulto tomou o nome de *osteoporoze*

Clinica oftalmolojica

I

O glaucoma é uma pertubação trofica do globo do olho, caracterizada principalmente no aumento da tensão intra-ocular.

II

Este aumento de tensão, pode vir expontaniamente ou é consequencia de uma afeção anterior.

III

Daí a divisão dos glaucomas em: primitivos ou secundarios.

Clinica obstetrica e jinecolojica

I

O toque em ginecolojia e obstetricia, é a palpação intravajinal do utero.

II

O toque geralmente praticado com os indicadores direito ou esquerdo, é de relevante valor na semeiolojia das molestias genitais.

III

Ha cazos em que se faz necessario o toque com o indicador e o medio correspondente e mesmo com toda a mão.

Clinica psiquiatrica e de molestias nervozas

I

A hemicrania, *migraine* ou enchaquêca, é a nevrite da zona sensitiva do trijemio.

II

A periodicidade dos acessos desta molestia, a sua hereditariedade e transmissibilidade, de par com o estado de obnubilação mental em que apoz os ataques deixa os doentes e a terapeutica á que cede, em tudo semelhante a da epilepsia, levaram a que modernamente os neuropatolojistas considerem essa molestia como uma forma larvada do mal comicial.

III

Seu tratamento é dificilimo.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1912.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.